





Hiermit bescheinigen wir, dass die rückseitig aufgeführten Teilnehmer\*innen am aufgeführten Fachkundemodul-Lehrgang

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ im **physischen Präsenzunterricht** am Standort \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ LE

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ im **virtuellen Präsenzunterricht** mit \_\_\_\_\_ LE

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ am **E-Learning** mit \_\_\_\_\_ LE

(bitte zutreffendes ankreuzen)

- insgesamt**
- 23 LE ES
  - 38 LE US
  - 38 LE EK
  - 78 LE GK
  - 117 LE OS

ohne Fehlzeiten teilgenommen und die Voraussetzung zur Prüfungsteilnahme erfüllen.

Eingesetzte/r

Lehrender:

Aufsichtsarzt/-ärztin

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gesonderte Nachweise über die vollständige Absolvierung des Präsenzunterrichtes, der virtuellen Präsenz und des E-Learning liegen lückenlos vor und sind jederzeit einsehbar.**

Name des Unterzeichners in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Name des Unterzeichners in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des anmeldenden Schulungsträgers**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der eingesetzten Aufsichtsarzt/-ärztin**

**Datenschutz**

Die hier erhobenen Daten dienen allein der Abwicklung des Zertifizierungsvorganges innerhalb der APV-Zertifizierungs GmbH. Eine darüber hinausgehende Verwendung findet nicht statt, ebenso keine Weitergabe an Dritte. Der beauftragende Schulungsträger und die Teilnehmer\*innen willigen ein, dass im Rahmen der Überwachung der Akkreditierung der APV-Zertifizierungs GmbH durch die DAkkS (Deutsche Akkreditierungsstelle) auf deren Verlangen Einsicht gewährt wird. APV-Zertifizierung GmbH | Ludwig-Erhard-Str. 8, 34131 Kassel | E-Mail: [nisv@apv-zert.de](mailto:nisv@apv-zert.de) | Telefon: 0561-94026303 | Fax: 0561-94026309